·全科医学教育研究·

门诊经验沟通与GLTC沟通对门诊医生情绪状态及沟通细节影响的比较研究

邵建文[1,2]，谭港锐[1]，王梦婷[3]，商卫红[4]，王锦帆[1,2*]

1.211166 江苏省南京市，南京医科大学马克思主义学院
2.211166 江苏省南京市，南京医科大学医患沟通研究中心
3.211166 江苏省南京市，南京医科大学医政学院
4.210019 江苏省南京市，南京医科大学附属眼科医院科教处
*通信作者：王锦帆，教授/博士生导师；E-mail：yhgt2013@njmu.edu.cn

【摘要】 **背景** 门诊医生是医院诊疗活动主要提供者，门诊医生的积极情绪及有效的医患沟通方式是优质医疗服务的保证。**目的** 比较门诊医生经验性沟通与GLTC沟通的医生情绪状态和沟通细节完成情况，为今后提高医生沟通技巧、改善医生情绪状态提供参考。**方法** 于2021年7月—2022年1月，在江苏省南京市随机抽取4家三级综合医院中6个科室的24名门诊医生为研究对象，并选取符合患者纳入标准的门诊医患沟通场景作为沟通细节完成情况的观察场景。对所有纳入的同一批次门诊医生先开展个人经验式沟通方案（记为经验沟通组），然后开展门诊GLTC医患沟通方案培训，一周后开展门诊GLTC沟通方案（记为GLTC组），比较经验沟通组、GLTC组沟通前后简明心境量表（BPOMS）各维度的得分情况及沟通细节要点完成率情况。**结果** 经验沟通组医生沟通后BPOMS的疲劳维度得分高于沟通前（$P<0.05$）；沟通后GLTC组医生BPOMS的疲劳、困惑维度得分低于经验沟通组（$P<0.05$）；GLTC组的和蔼注视（接待）、礼貌语言（接待）、微笑（接待）、不轻易打断患者、适时点头回应、安抚、告知必要性、耐心（实验检查）、征询患者意见、耐心（诊疗与交流）、通俗讲解、语言安慰、态度友善、起身（结束与交代）、和蔼注视（结束与交代）、礼貌语言（结束与交代）、微笑（结束与交代）等沟通细节要点的完成率高于经验沟通组（$P<0.05$）。**结论** 和门诊经验性沟通相比，门诊GLTC沟通更能改善医生情绪状态，缓解医生疲劳，同时相应沟通细节完成率提高，部分沟通细节完成率仍有提升空间。

【关键词】 门诊医疗；医患沟通；门诊经验沟通；GLTC医患沟通模式；医生情绪；试验研究
【中图分类号】 R 45 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0769

A Comparative Study on the Influence of Outpatient Experience Communication and GLTC Communication on Doctors′ Emotional State and Communication Details of Outpatient Doctors

SHAO Jianwen[1,2]，*TAN Gangrui*[1]，*WANG Mengting*[3]，*SHANG Weihong*[4]，*WANG Jinfan*[1,2*]
1.School of Marxism，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China
2.Research Center for Doctor Patient Communication，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China
3.School of Health Policy & Management，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China
4.Department of Science and Education，Eye Hospital Affiliated to Nanjing Medical University，Nanjing 210019，China
**Corresponding author：WANG Jinfan，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：yhgt2013@njmu.edu.cn*

【Abstract】 **Background** In outpatient clinics, physicians serve as the primary providers of medical treatment activities; their positive attitudes and effective patient-physician communication methods are essential for guaranteeing high-quality healthcare services. **Objective** To compare the outpatient doctor′s emotional state and completion of communication details between outpatient doctor′s experiential communication and GLTC communication. To provide a reference for improving

基金项目：江苏省社会科学基金项目（20SHD007）；江苏省研究生科研创新项目（KYCX21_1560）
引用本文：邵建文，谭港锐，王梦婷，等. 门诊经验沟通与GLTC沟通对门诊医生情绪状态及沟通细节影响的比较研究[J]. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0769.［Epub ahead of print］.［www.chinagp.net］
SHAO J W，TAN G R，WANG M T，et al. A comparative study on the influence of outpatient experience communication and GLTC communication on doctors' emotional state and communication details of outpatient doctors［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］.

a doctor's communication skills and emotional state in the future. **Methods** From July 2021 to January 2022，24 outpatient doctors from 6 departments in 4 tertiary general hospitals in Nanjing，Jiangsu Province were randomly selected as the research objects. Outpatient doctor-patient communication scenes meeting the criteria were selected as observation scenes. All of the included outpatient doctors in the same cohort underwent an individual experiential communication program first（recorded as the experiential group）. Next，they received training on the outpatient GLTC doctor-patient communication program. Finally，the doctors conducted outpatient GLTC communication one week later（recorded as the GLTC group）. The experiential group and the GLTC group were compared in terms of the Brief Profile of Mood States（BPOMS）score before and after communication as well as the completion rate of communication details. **Results** The fatigue dimension score of BPOMS after communication was higher than that before communication in the experiential group（P<0.05）; After communication，The fatigue and confusion dimension score of BPOMS in the GLTC group were lower than the experiential group（P<0.05）; the completion rate of communication details in the GLTC group such as kind gaze（reception），polite language（reception），smile（reception），not easily interrupting patients，timely nodding response，appeasement，informing the necessity，patience（experimental examination），consulting patients' opinions，patience（diagnosis and communication），popular explanation，language comfort，friendly attitude，getting up（ending and explaining），kind gaze（ending and explaining）），polite language（ending and explanation），smile（ending and explanation）was higher than the experiential group（P<0.05）. **Conclusion** Compared with experiential communication，GLTC communication is more capable of improving doctors' emotional state and relieving doctors' fatigue. At the same time，the completion rate of the corresponding communication details is improved，but there is still room for improvement in the completion rate of some communication details.

【Key words】 Ambulatory care；Doctor-patient communication；Outpatient experience communication；GLTC doctor-patient communication program；Doctor's emotions；Experimental research

医疗纠纷一直都是社会关注的重点话题，近期发布的《2021 年全国医疗损害责任纠纷案件大数据报告》[1]显示门急诊案件数量最高为 465 件（占比 24.17%），在医方败诉原因中，医方因未尽注意义务、延误治疗而败诉的案件最多，占比 42%；其次是未尽告知义务，占比 22%。柏燕军等[2]也在其调查中发现医疗纠纷中门诊患者投诉的原因中，服务态度与沟通占比 32.73%，医生主要表现为不能耐心细致地给患者解释、对患者态度冷淡、带着不良情绪工作等。总体来看，门诊是医疗纠纷发生的重点区域，而医生的沟通方式起到关键性的作用，就诊中患方情绪主要受沟通方式、自身疾病等影响，医方情绪受到患方情绪反馈所影响。可以说医生的沟通方式是医生个人正面情绪的保障。同时，在工作压力较大的门诊，高年资医生有着丰富的诊疗经验，常能够与患者较好地开展医患沟通，而青年医生则需要不断学习、试错，积累一定经验后才能做好医患沟通，在这期间很可能会付出如医疗纠纷等机会成本。GLTC 医患沟通模式包括医方示善（goodwill）、医方倾听（listening）、医患交流（talking）、医患合作（cooperation）[3]，已被编入国家级规划教材《医患沟通》中，并被应用于临床相关实践[4]，本研究以 GLTC 医患沟通模式为核心，编制门诊 GLTC 医患沟通方案，以青年医生为研究对象，从医方情绪角度，比较门诊经验和门诊 GLTC 沟通效果，深入研究其中的沟通细节，致力于提高青年医生门诊沟通技能，保障医生正性情绪，降低医患纠纷发生率。

1 对象与方法

1.1 研究对象

于 2021 年 7 月—2022 年 1 月，在江苏省南京市随机抽取 4 家三级综合医院中 6 个科室的 24 名门诊医生为研究对象。门诊医生纳入标准为具备独立门诊资格，40 岁以下，主治或副主任职称医师，个人未参加过相关医患沟通技能培训，医患沟通完全以其个人的经验为主，从未学习过 GLTC 医患沟通模式，且其医患沟通能力上升空间较大。并选取符合患者纳入标准的门诊医患沟通场景作为沟通细节完成情况的观察场景，患者纳入标准为意识清楚的门诊患者，非开药患者，且能够较好地进行言语表达。本研究已通过南京医科大学伦理委员会批准（伦理审批号：南医大伦审 2021—590 号），所有研究对象已签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 文献研究：查阅国内外文献，了解相关情绪量表如汉密尔顿焦虑量表[5]、汉密尔顿抑郁量表[6]、医院焦虑抑郁量表[7]主要应用于患者焦虑、抑郁情绪维度的评价，较为全面的情绪评价量表为正负情绪量表[8]和简明心境量表[9]，而特征为即时性的简明心境量表更适合本研究。同时 GLTC 医患沟通模式医学与人文融合要素整合较好，与国内外其他主要沟通模式相比，对于国内医疗环境具有良好的适配性[10]，在此基础上编制门诊 GLTC 医患沟通方式。

1.2.2 专家咨询：经过前期文献研究后，编制门诊

GLTC 医患沟通方式，主要包括六个阶段：接待、问诊、查体、实验检查、诊疗与交流、结束与交代，并对每个阶段沟通细节做出要求。从江苏省南京市内 4 家三级医院甄选 12 名一线临床专家，均为副高级以上职称，工作年限均在 20 年及以上，具有丰富的门诊临床经验，通过问卷发放开展专家咨询。其中，第一轮专家发放问卷 12 份，回收有效问卷 12 份；第二轮专家发放问卷 13 份，回收有效问卷 13 份，回收率均为 100.0%。专家权威系数中，第一轮专家学术水平（q）=0.983，专家判断依据（Cs）=0.883，专家熟悉程度（Ca）=0.966；根据第一轮专家意见修改后，第二轮 q=0.985，Cs=0.885，Ca=0.985，各条目间的相关系数均 >0.7，结果较好。对于六个沟通环节重要性的判断，第一、二轮肯德尔系数分别为 0.190、0.231（P<0.05），均符合要求。

1.2.3 试验方法：对所有纳入的同一批次门诊医生先开展个人经验式沟通方案（记为经验沟通组），然后开展门诊 GLTC 医患沟通方案培训，一周后开展门诊 GLTC 沟通方案（记为 GLTC 组）。（1）个人经验式沟通方案。试验开展前，调查员与医生事先沟通好，该阶段医生完全按照自己个人沟通习惯，放松心态，完全以自己的个人常态化方式开展门诊医患沟通，后期干预培训具体细节暂时不提。其中，门诊时间不限制，医生在门诊工作开始和结束分别填写 1 次量表，每次医患沟通都有调查员在诊室内以见习医学生的身份观察，对每组沟通计时，并用相关量表对医患沟通状况进行实时评价。（2）门诊 GLTC 沟通方案。门诊 GLTC 沟通方案是根据 GLTC 医患沟通模式编制而来[3]。该方案以 GLTC 医患沟通模式为核心，在门诊沟通各阶段融入示善、倾听等人文要素，主要分为六个阶段：接待、问诊、查体、实验检查、诊疗与交流、结束与交代。其中，接待中医生起身，对患者和蔼微笑，若患者不便则搀扶患者坐下，给予安慰语言等；问诊中先介绍自己，询问患者病史，不打断患者并适时回应，同时做好必要记录；查体中用消毒液洗手，手凉需捂手，动作轻柔，有语言交流或安抚；实验检查中根据患者病情告知相关检查信息，耐心回答患者疑问；诊疗与交流中根据诊断结果提出治疗方案，征询患者意见，耐心通俗回答患者问题，过程中恰当给予患者语言安慰；结束与交代中叮嘱患者注意事项，若时间不够，患者反复询问确认同一问题，友善回复患者下次详细解释，同时交代重要问题，必要时用纸写下要点给患者，最后礼貌用语送别患者。

具体试验内容如下。（1）门诊 GLTC 医患沟通方案培训。医生按照个人经验开展门诊沟通后，由调查人员告知医生门诊 GLTC 方案，并展开相关培训，主要包括讲解门诊 GLTC 医患沟通方案具体流程及相关事项等，后期医生根据制定的 GLTC 医患沟通方案培训手册以及教学视频自学，调查人员与医生模拟训练，确保医生掌握，能够应用于接下来的门诊医患沟通。（2）门诊医生 GLTC 沟通阶段。医生经过 1 周培训后，以门诊 GLTC 方式与患者开展沟通，其余均与个人经验式沟通阶段内容相同，见表 1、图 1。

表 1 程序安排表
Table 1 Program schedule

时间点	对象	情绪	量表填写
门诊医生经验性沟通			
门诊开始	医生	平常情绪	第 1 次填写简明心境量表
门诊结束	医生	经验沟通后情绪	第 2 次填写简明心境量表
门诊 GLTC 医患沟通方式培训			
门诊医生 GLTC 沟通			
门诊开始	医生	平常情绪	第 1 次填写简明心境量表
门诊结束	医生	GLTC 沟通后情绪	第 2 次填写简明心境量表

注：GLTC= 医方示善（goodwill）、医方倾听（listening）、医患交流（talking）、医患合作（cooperation）。

1.3 研究工具

（1）简明心境量表：本次研究选取的情绪量表为简明心境量表（BPOMS），由迟松等[9]根据我国实际情况，将 1971 年由 ALERECHT 等[11]编制修订的心境量表简化而来，该量表共计 30 题，主要包括 6 个维度：紧张（T）、生气（A）、抑郁（D）、疲劳（F）、活力（V）、困惑（C），每个维度均有 5 个题目，每个题目选项分为“一点也不”“有一点”“中等”“相当地”“非常地”5 个等级，分别赋值 0 ~ 4 分。每个维度的计分方法为该维度 5 个题目的粗分相加，得分越高表示心境越差。经检验，本次研究中该量表 Cronbach′s α 系数为 0.902，具有较高信度；对问卷条目进行因子分析，KMO 值为 0.913，Bartlett's 球形检验 P<0.001，满足因子分析的标准，公因子累积贡献率为 60.82%，具有较好的效度。由于门诊工作量较大，因此医生只在门诊工作开始前和结束后，分别自评 1 次 BPOMS。

（2）沟通细节评价问卷：采用本研究团队自拟沟通细节评价问卷，问卷内容涵盖了每个沟通阶段及

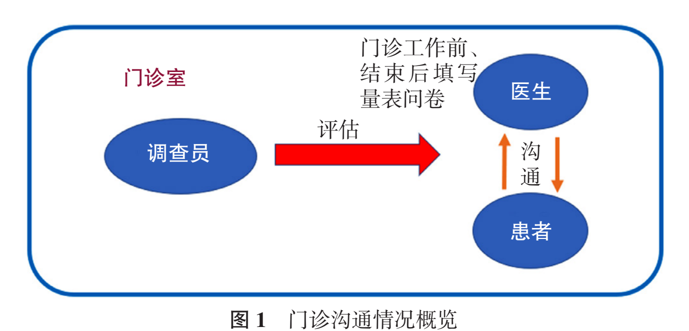


图 1 门诊沟通情况概览
Figure 1 Overview of outpatient communication

其对应不同沟通细节，每个细节均有两个选项："做到"和"未做到"，分别赋值 0 和 1，并记录沟通总时间。经检验沟通细节评价问卷的 Cronbach's α 系数为 0.774，信度良好；对问卷条目进行因子分析，*KMO* 值为 0.790，Bartlett's 球形检验 $P<0.001$，满足因子分析的标准，对 19 个题目进行因子分析，公因子累积贡献率为 64.21%，表明该评价问卷具有较好的效度。对于医生与每个患者的沟通，都有第三方评价人员现场评估医生沟通细节要点的完成情况。

1.4 质量控制

（1）调查前培训调查员，统一调查口径、标准和填写方式，及时交流讨论遇到的问题。（2）调查开始前联系各家医院，确定医生，并对医生统一进行培训（培训手册），促进医生后期跟进学习"GLTC 门诊医患沟通方案"，以便其后期将之应用于临床实践。（3）每位医生医患沟通时均有调查员配合完成调查，包括填写问卷、保证方案应用的效用性等（全程观察医生沟通方式并提醒医生）。

1.5 统计学分析

采用 EpiData 3.1 双录入并进行逻辑排错，使用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析，符合正态分布的计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较采用独立样本 *t* 检验；非正态分布的计量资料以 M（P_{25}，P_{75}）表示，组间两两比较采用 Mann-Whitney *U* 秩和检验；计数资料以相对数表示，组间比较采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本信息

本次研究中医生分布于全科、内科、外科、皮肤科、五官科等常规门诊科室，医生年龄为 31~40 岁；主治医师有 13 名（54.2%），副主任医师有 11 名（45.8%）；男 14 名（58.3%），女 10 名（41.7%）。患者人群中，经验沟通组共有 339 例，男 167 例（49.3%），女 172 例（50.7%）；18~35 岁有 106 例（31.3%），36~50 岁 84 例（24.8%），51~65 岁 95 例（28.0%），65 岁以上 54 例（15.9%）。GLTC 组共有 464 例参与研究，男 200 例（43.1%），女 264 例（56.9%）；18~35 岁 145 例（31.3%），36~50 岁 140 例（30.2%），51~65 岁有 123 例（26.5%），65 岁以上 56 例（12.1%）。

2.2 经验沟通组、GLTC 组沟通前后医生 BPOMS 得分比较

经验沟通组医生沟通后 BPOMS 的疲劳维度得分高于沟通前，差异有统计学意义（$P<0.05$）；经验沟通组医生沟通后 BPOMS 的紧张、生气、活力、困惑、抑郁维度得分与沟通前比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。GLTC 组医生沟通后 BPOMS 的紧张、生气、疲劳、活力、困惑、抑郁维度得分与沟通前比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），见表 2。

2.3 沟通前后经验沟通组、GLTC 组医生 BPOMS 得分比较

沟通前，经验沟通组与 GLTC 组医生 BPOMS 的紧张、生气、疲劳、活力、困惑、抑郁维度得分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。沟通后，GLTC 组医生 BPOMS 的疲劳、困惑维度得分低于经验沟通组，差异有统计学意义（$P<0.05$）；经验沟通组与 GLTC 组医生 BPOMS 的紧张、生气、活力、抑郁维度得分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），见表 2。

2.4 经验沟通组、GLTC 组医生沟通细节要点完成率比较

医生沟通细节第三方评价共有 803 人次（经验沟通组 339 人次，GLTC 组 464 人次），其中经验沟通组沟通时间平均为（248.0 ± 178.1）s，GLTC 组沟通时间平均为（230.9 ± 154.2）s，两组的平均沟通时间比较，差异无统计学意义（$t=1.451$，$P>0.05$）。GLTC 组的和蔼注视（接待）、礼貌语言（接待）、微笑（接待）、不轻易打断患者、适时点头回应、安抚、告知必要性、耐心（实验检查）、征询患者意见、耐心（诊疗与交流）、

表 2 经验沟通组、GLTC 组医生 BPOMS 得分比较［M（P_{25}，P_{75}），分］

Table 2 Comparison of BPOMS scores in the experienced communication group and the GLTC group

组别	沟通节点	例数	紧张	生气	疲劳	活力	困惑	抑郁
经验沟通组	沟通前	24	0（0，1.00）	0（0，0）	2.00（0，3.00）	8.00（4.25，12.75）	2.00（0.25，3.75）	0（0，1.00）
	沟通后	24	0（0，1.00）	0（0，0.75）	4.00（2.00，7.75）	10.00（6.25，11.75）	2.00（1.00，3.00）	0（0，0）
Z 值			-0.265	-0.596	-3.000	-0.941	-0.787	-0.706
P 值			0.791	0.551	0.003	0.347	0.431	0.480
GLTC 组	沟通前	24	0（0，0）	0（0，0）	2.00（0，3.00）	10.00（5.25，11.00）	2.00（1.00，2.00）	0（0，0）
	沟通后	24	0（0，0）	0（0，0）	1.00（0，3.75）	8.50（5.00，11.75）	1.00（0，2.00）	0（0，0）
Z 值			-0.108	-0.59	-0.309	-0.135	-1.409	-0.541
P 值			0.986	0.555	0.758	0.893	0.159	0.589

注：BPOMS= 简明心境量表。

（续表 2）

沟通节点	组别	例数	紧张	生气	疲劳	活力	困惑	抑郁
沟通前	经验沟通组	24	0（0，1.00）	0（0，0）	2.00（0，3.00）	8.00（4.25，12.75）	2.00（0.25，3.75）	0（0，1.00）
	GLTC 组	24	0（0，0）	0（0，0）	2.00（0，3.00）	10.00（5.25，11.00）	2.00（1.00，2.00）	0（0，0）
Z 值			-1.727	-1.381	-0.287	-0.497	-0.298	-1.940
P 值			0.084	0.167	0.774	0.619	0.766	0.052
沟通后	经验沟通组	24	0（0，1.00）	0（0，0.75）	4.00（2.00，7.75）	10.00（6.25，11.75）	2.00（1.00，3.00）	0（0，0）
	GLTC 组	24	0（0，0）	0（0，0）	1.00（0，3.75）	8.50（5.00，11.75）	1.00（0，2.00）	0（0，0）
Z 值			-1.382	-1.494	-2.99	-0.704	-2.489	-1.634
P 值			0.167	0.135	0.003	0.482	0.013	0.102

通俗讲解、语言安慰、态度友善、起身（结束与交代）、和蔼注视（结束与交代）、礼貌语言（结束与交代）、微笑（结束与交代）等沟通细节要点的完成率高于经验沟通组，差异有统计学意义（$P<0.05$），见表 4。

表 4　经验沟通组、GLTC 组医生沟通细节完成率比较［人次（%）］

Table 4　Comparison of completion rates of physician communication details in the experienced communication and GLTC groups

沟通阶段	具体沟通细节要点	经验沟通组（n=339）	GLTC 组（n=464）	χ^2 值	P 值
接待	（1）起身	22（6.49）	42（9.05）	1.753	0.185
	（2）和蔼注视	302（89.09）	459（98.92）	38.240	<0.001
	（3）礼貌语言	318（89.09）	462（99.57）	23.389	<0.001
	（4）微笑	117（34.51）	323（69.61）	97.422	<0.001
问诊	（1）不轻易打断患者	324（95.58）	458（98.71）	7.543	0.006
	（2）适时点头回应	312（92.04）	464（100.00）	38.242	<0.001
查体	（1）动作轻柔	183（53.98）	257（55.39）	0.156	0.693
	（2）安抚	141（41.59）	228（49.14）	4.490	0.034
实验检查	（1）告知必要性	314（92.63）	455（98.06）	14.270	<0.001
	（2）耐心	313（92.33）	445（95.91）	4.732	0.030
诊疗与交流	（1）征询患者意见	320（94.40）	464（100.00）	26.636	<0.001
	（2）耐心	306（90.27）	438（94.40）	4.911	0.027
	（3）通俗讲解	320（94.40）	464（100.00）	26.636	<0.001
	（4）语言安慰	248（73.16）	443（95.47）	81.290	<0.001
结束与交代	（1）态度友善	329（97.05）	462（99.57）	8.442	0.004
	（2）起身	8（2.36）	33（7.11）	9.130	0.003
	（3）和蔼注视	294（86.73）	463（99.78）	61.857	<0.001
	（4）礼貌语言	315（92.92）	461（99.35）	24.949	<0.001
	（5）微笑	90（26.55）	307（66.16）	122.981	<0.001

3　讨论

3.1　门诊 GLTC 沟通更能缓解医生疲劳

根据表 2，医生在行经验性沟通后，BPOMS 的疲劳维度得分高于沟通前，这表明医生在未接受系统的沟通培训情况下，仅凭个人经验很容易引发医生的职业倦怠。而医患沟通不到位，极易引起医患关系紧张，刘璐宁等[12]也提出医生疲劳程度随着“医患关系”紧张程度增加而提高。由表 2、表 3 可以发现 GLTC 组医生沟通后，各维度情绪分布与沟通前比较无统计学意义。经验沟通组沟通后的疲劳维度得分明显高于 GLTC 组，即相比较于门诊经验沟通后医生的疲劳情绪增加，门诊 GLTC 沟通更能够保障医生的活力，帮助医生降低疲劳感。门诊 GLTC 医患沟通方案充分融合医方示善、医方倾听等医学与人文融合要素，在相同的单位时间内帮助医生做好医患沟通，而随着医患沟通的到位，患者也会提高就医依从性，医务人员则能收到正向反馈，其个人情绪也会改善，这与吕媛喜等[13]指出的在门诊中应用 CICARE 沟通模式［接触（connect）、介绍（introduce）、沟通（communicate）、询问（ask）、回答（respond）、离开（exit）］能获得患者支持，进而提高护理人员自我效能感的结论类似。但当前大部分青年医生人际沟通经验不足，交流较少[14]，尤其需要类似于门诊 GLTC 沟通方案的学习模板来弥补经验不足。因此，门诊 GLTC 医患沟通方案，对于今后的门诊医患沟通尤其是青年医生具有重要的参考价值。

3.2　微笑等沟通细节完成率有待提高

由表 4 可得，经过门诊 GLTC 医患沟通培训后，医生在接待、问诊、查体等六个沟通阶段的沟通细节完成率大部分均有明显提升，并且大部分均提升至 85% 以上。但是对于起身、微笑等沟通细节，仍然有较大提升空间。对于医生的微笑服务，汪新建等[15]曾经提出“微笑服务”能够体现情感策略在社会事务中的广泛应用，以积极情感对不良社会事件输入良性的情绪体验，能有效地提高民众参与体验的满意度。医生的微笑，不仅能够提高患者满意度，更能通过患者正向积极影响医生个人情绪，只有医患心态秩序达到和谐的境界，才能最终说明医患共同体的建设达到了理想的状态。此外，其他相关沟通细节所附带的人性化和情感化，能够使医患之间能够达到真诚的、作为人与人之间的沟通状态，而非人与疾病、人与生物化学术语、人与现代电子仪器等生物医学化场景下的“医患沟通”过程[16]。对于“起身”这一环节，研究中有医生反馈工作时间不够，很难做到常态化，但在实际沟通中，两组沟通时间并无明显差异，甚至就均



分而言，经验沟通组平均沟通时间为（248.0±178.1）s，高于 GLTC 组沟通时间为（230.9±154.2）s。因此，如何在今后的实际应用中灵活推动沟通方式的传授[17]，根据沟通需求提高微笑、起身等沟通细节的完成率，是今后重点研究方向。

4 小结

综上所述，和门诊经验性沟通相比，门诊 GLTC 沟通能够帮助医生提高相关沟通细节完成率，改善医生接诊情绪状态，在一定程度上缓解医生疲劳情绪，提高工作效率，可逐步推广应用于门诊诊疗活动，但部分沟通细节完成率仍有待提高，如何提高医生对沟通方案的执行率以及探索其与改善医患关系的关联是未来研究的重点方向。本研究的局限性：（1）本次研究的对象均来自于江苏省南京市，存在一定的地域局限性。（2）医生样本量较少，今后需要增加，让结果更具代表性。（3）由于医生个人习惯及其他因素影响，结果可能存在一定的偏倚。

作者贡献：邵建文负责文章的文献资料收集与整理、论文撰写；谭港锐、王梦婷负责研究的实施、数据的结果与分析；商卫红负责研究执行的管理和协调；王锦帆对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

邵建文：https://orcid.org/0000-0002-7344-9728

王锦帆：https://orcid.org/0009-0001-4779-1263

参考文献

[1] 医法汇 . 2021 年全国医疗损害责任纠纷案件大数据报告［EB/OL］.（2022-02-07）［2022-06-09］. https://mp.weixin.qq.com/s/kOJo2p4eYWO-QwBRzprbBg.

[2] 柏燕军，乔晏明，韩继红 . 333 例医疗纠纷的原因探讨及分析［J］. 中国实验方剂学杂志，2010，16（18）：233-234. DOI：10.3969/j.issn.1005-9903.2010.18.073.

[3] 王锦帆，尹梅 . 医患沟通［M］. 2 版 . 北京：人民卫生出版社，2018.

[4] 邵建文，李群，王锦帆 . GLTC 医患沟通方案干预住院患者效果分析［J］. 中华医院管理杂志，2020，36（11）：934-938. DOI：10.3760/cma.j.cn111325-20200422-01156.

[5] 侍成栋，潘永良 . 汉密尔顿抑郁及焦虑量表与正性负性情绪量表的相关性研究［J］. 全科护理，2019，17（2）：140-142.

[6] HAMILTON M. A rating scale for depression［J］. J Neurol Neurosurg Psychiatry，1960，23（1）：56-62. DOI：10.1136/jnnp.23.1.56.

[7] 孙振晓，刘化学，焦林瑛，等 . 医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究［J］. 中华临床医师杂志（电子版），2017，11（2）：198-201. DOI：10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2017.02.005.

[8] 邱林，郑雪，王雁飞 . 积极情感消极情感量表（PANAS）的修订［J］. 应用心理学，2008，14（3）：249-254，268.

[9] 迟松，林文娟 . 简明心境量表（BPOMS）的初步修订［J］. 中国心理卫生杂志，2003，17（11）：768-770，767. DOI：10.3321/j.issn：1000-6729.2003.11.012.

[10] 邵建文，王锦帆 . 中外医患沟通模式中医学与人文要素及融合状态研究［J］. 中国医学伦理学，2019，32（10）：1277-1282. DOI：10.12026/j.issn.1001-8565.2019.10.09.

[11] ALBRECHT R R，EWING S J. Standardizing the administration of the Profile of Mood States（POMS）：development of alternative word lists［J］. J Pers Assess，1989，53（1）：31-39. DOI：10.1207/s15327752jpa5301_4.

[12] 刘璐宁，马慧琼，孟续铎 ."健康中国" 战略下公立医院医生过劳现状和影响因素研究［J］. 卫生经济研究，2021，38（3）：32-36.

[13] 吕媛喜，卢梅英，林成英 . CICARE 沟通模式对发热门诊护士沟通能力、支持度及护患纠纷的影响［J］. 心理月刊，2023，18（13）：166-168.

[14] 甘勇，杨婷婷，杨宇迪，等 . 我国东中西部全科医生职业倦怠现状及影响因素［J］. 医学与社会，2020，33（3）：99-103. DOI：10.13723/j.yxysh.2020.03.023.

[15] 汪新建，姜鹤 . 医患社会心态的情感治理［J］. 西北师大学报（社会科学版），2020，57（1）：92-98. DOI：10.16783/j.cnki.nwnus.2020.01.012.

[16] 吕小康 . 风险社会中的医患共同体建设［J］. 南京师大学报（社会科学版），2022（3）：68-77. DOI：10.3969/j.issn.1001-4608.2022.03.007.

[17] 邓黎黎，廖晓阳，伍佳，等 . 国外医患沟通模式对我国全科医生沟通技能培训的启示［J］. 中国全科医学，2021，24（13）：1684-1689. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.185.

（收稿日期：2023-09-19；修回日期：2024-02-02）

（本文编辑：王世越）